FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mai 1907, à 1 heure

Par **A. LARROUY**

Né aux Moules (Guadeloupe) le 11 mars 1882

L'ANGINE ULCÉREUSE PRÉCOCE DE LA SCARLATINE

Président : M. GILBERT, *professeur.*

Juges : MM. CHANTEMESSE, *professeur.*
THIROLOIX et MÉRY, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	.....
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (Aug.)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par deliberation en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront presentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A la mémoire du Docteur E. de Poyen

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL BROUSSAIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

L'angine ulcéreuse de la scarlatine a été définie par MM. Méry et Hallé dans leur mémoire de mai 1903. Avant ce mémoire les angines ulcéreuses n'avaient pas une place bien marquée dans l'histoire pathologique du pharynx. On les avait observées et décrites fréquemment mais en les rattachant soit aux formes pseudo-membraneuses, soit à la gangrène pharyngée. Nous ne pouvons pas analyser ici tous les ouvrages où il en est fait mention. Il faudrait citer Fothergiel 1749, Huxham 1765, Ozanam 1835, Guéretin 1842, Noirot 1847, Grisolle 1865, Lasègue 1868, Trousseau, Henoch 1885.

Rappelons seulement les travaux qui précédèrent immédiatement le mémoire paru dans le *Bulletin médical* du 13 mai 1903.

En 1895 dans sa thèse de doctorat, M. Bergé parle d'érosions et d'ulcérations du pharynx,notées seulement dans la dernière période de la scarlatine.

En 1900 MM. Variot et Devé, insistant sur le polymorphisme des angines scarlatineuses, signalent des

ulcérations du pharynx observées aussi bien dans les angines simples qu'après celles qui ont offert l'aspect diphtérique.

En 1902 dans la thèse de M. Antoine, nous trouvons cinq observations d'angine nécrotique. Mais Antoine semble les rattacher aux formes décrites par Hénoch et ses conclusions montrent bien qu'il ne sépare pas l'angine ulcéreuse de l'angine gangreneuse. Pour lui c'est simple question de degré.

En 1903 MM. Méry et Hallé ont demandé pour les formes ulcéreuses une place dans la classification des angines scarlatineuses.

« Il existe, disent-ils, à côté des angines érythémateuses et pseudo-membraneuses, diphtériques ou non, une variété d'angine, dont les caractères sont la nécrose, l'ulcération et la perforation du voile du palais. Elles méritent le nom d'angines ulcéro-perforantes (1). »

Cette proposition est basée sur dix-sept cas observés pendant le cours de l'année 1902.

On retrouve ces observations dans la thèse de M. Jules Pivert (2). M. Pivert divise ces angines en formes précoces et tardives, pouvant aboutir toutes deux, mais non fatalement, à la perforation du voile du palais. Les angines tardives, qui correspondent probablement aux manifestations post-scarlatineuses décrites par Bergé, peuvent survenir pendant la période de desquamation ou la convalescence. Tout comme les

1. *Bulletin médical*, 13 mai 1903.
2. Paris-Juillet 1905.

angines précoces elles sont susceptibles d'aboutir à la perforation du voile du palais.

Nous ne nous occuperons pas de ces formes. Lors de notre passage au pavillon de l'hôpital Trousseau affecté à la scarlatine, nous avons eu l'occasion d'observer des angines survenant dès les premiers jours de la maladie. Sur le conseil bienveillant de notre maître, M. le Dr Netter, nous avons recueilli avec soin les cas offerts à notre attention.

Nous les réunissons aujourd'hui, dans l'espoir de contribuer, pour une part bien modeste, à l'étude de ces angines.

En exprimant notre reconnaissance à M. Netter nous adressons respectueusement nos remerciements à M. le professeur Gilbert qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

ETUDE CLINIQUE

I. — Description des lésions.

Au début d'une scarlatine, avant la période d'éruption, on voit la gorge uniformément rouge. Cet érythème s'étend à tout le pharynx, au voile du palais, aux piliers, à la luette, aux amygdales. Celles-ci sont tuméfiées, saillantes et parfois tellement rapprochées qu'elles semblent se toucher. Sur l'une d'elles, au bout de douze à vingt-quatre heures, on peut distinguer un ou plusieurs points blanchâtres, blanc jaunâtres, blanc grisâtre. Ces points grandissent, s'étendent, se réunissent, finissent par former une petite plaque de dimensions et de formes variables. Elle peut rester localisée à l'amygdale ; souvent elle empiète sur les piliers, la luette et même (1) sur le voile du palais. A première vue elle ne se différencie guère d'une fausse membrane. Si l'on essaye de la détacher — on peut employer à cet effet, soit un tampon d'ouate maintenu par une pince

1. Méry et Hallé, Pivert.

à forci-pressure, soit (1) une petite curette, — on ne réussit que difficilement, et le lambeau ainsi obtenu montre une surface irrégulière, cruentée, sans coloration uniforme. La muqueuse mise à découvert saigne aussi et présente les mêmes irrégularités de forme, de coloration et de surface.

On a l'impression, si l'on peut ainsi parler, d'un arrachement plutôt que d'un écrémage.

Laissant les choses en état on voit survenir quelques jours après des changements importants.

La petite plaque a perdu son aspect diphtérique pour devenir une ulcération. Sa forme n'est pas déterminée. Elle peut être presque linéaire, ou bien arrondie, ovalaire, triangulaire. Les bords sont irréguliers, dentelés ou sans festons. Ils sont légèrement surélevés, donnent au toucher une sensation de fermeté élastique mais non de dureté.

Ils se continuent en pente douce vers la muqueuse saine et sont taillés à pic du côté de l'ulcération. Le fond est comme boursouflé, de couleur cendrée, piqueté de petites élevures rougeâtres.

Tel est l'aspect que présentent les ulcérations dans les différents cas où il nous a été permis de les observer. Avant d'indiquer leur évolution nous devons nous occuper des symptômes fonctionnels et de l'état général concomitants.

1. Bergé.

II. — Symptômes fonctionnels et état général au début de l'angine.

En général, un ou deux jours avant toute manifestation pharyngée, les malades se plaignent d'une sensation de gêne très marquée dans la gorge.

Le simple fait d'ouvrir et de fermer la bouche provoque une certaine douleur. La gorge est sèche, la langue chargée, l'haleine souvent fétide. Les malades ont toujours soif et la satisfaction de ce besoin de boire, ou le fait de manger, s'accompagnent d'une douleur qui n'est pourtant pas assez intense pour empêcher l'alimentation. On note quelquefois un léger écoulement par les narines d'un liquide muqueux ou muco-purulent ; mais dans les cas observés par nous, cet écoulement n'a pas tardé à se tarir.

L'examen du cœur, des poumons et des autres viscères ne nous a jamais rien révélé qui pût nous autoriser à admettre un retentissement quelconque de l'infection sur les autres organes.

Les malades accusent souvent de la céphalalgie ; lorsqu'apparaît l'ulcération, la température peut monter jusqu'à 40 degrés et quelques dizièmes. Le pouls est rapide mais bien frappé.

L'analyse des urines ne permet pas de croire à une influence quelconque sur l'albuminurie.

Deux ou trois fois seulement nous avons trouvé de l'albumine.

L'engorgement des ganglions sous-maxilliaires est

la règle. On perçoit sous la mâchoire inférieure une masse arrondie unique, volumineuse, de consistance assez ferme. Cet engorgement est parfois assez marqué pour être sensible à la vue.

Les malades sont ordinairement abattus et las. Ils sont plongés dans une torpeur maussade d'où on ne les tire que difficilement. La moindre tentative d'examen provoque des larmes et des cris.

Ces symptômes de début coïncident avec la première atteinte du pharynx. Nous les verrons évoluer et s'atténuer avec la lésion ulcéreuse.

III. — Évolution

L'ulcération reste quelques jours dans l'état où nous l'avons décrite. Elle offre ce caractère, qu'il faut bien noter, de ne pas s'étendre une fois constituée. Au bout de quelques jours même, sous l'influence d'un traitement approprié, la réparation s'est manifestée. La rapidité de cette réparation ne nous a point paru dépendre de la gravité de la scarlatine.

Elle ne semble pas affecter de rapport avec l'intensité de l'éruption. Nous avons vu, indépendamment de toute condition, le fond se nettoyer, les bords se rapprocher et peu à peu arriver au contact. Au bout de huit à douze jours, la petite plaie est réparée. Sa place se trouve encore marquée par une cicatrice dont la coloration diffère légèrement du reste de la muqueuse ; cette différence s'atténue et disparaît trois ou quatre jours après.

Les phénomènes généraux peuvent persister pendant toute la durée de l'ulcération. Ils peuvent aussi ne pas dépasser la période de début. La fièvre, alors, après avoir oscillé quelques jours entre 39 et 38° finit par tomber.

La température revient à la normale. Le pouls se ralentit, souvent même alors que la fièvre persiste. Le caractère du malade se modifie favorablement. Il se laisse plus facilement examiner et consent à répondre aux questions qu'on lui pose. Il se prête plus volontiers aux lavages et aux pansements. Enfin, si — comme nous l'avons observé — nulle autre complication ne survient, la scarlatine suit son cours ordinaire et aboutit à la guérison.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous remarquerons que toutes nos observations portent sur des angines précoces. Nous n'en avons point vu débuter après le premier jour de l'éruption. Celle-ci ne semble pas avoir d'influence sur la fréquence des lésions pharyngées. Les ulcérations peuvent coïncider soit avec un exanthème très accentué, soit avec une éruption légère. Ce point est d'ailleurs signalé dans tous les travaux concernant cette manifestation de la scarlatine. De même, nous savons que la gravité de la maladie n'a point une action apparente sur son éclosion.

Le sexe, l'âge, les tares héréditaires, ne doivent pas entrer en ligne de compte. Disons seulement que les angines ulcéreuses n'ont guère été observées que chez les enfants, mais elles peuvent exister chez les tout petits, filles et garçons, comme chez des enfants de onze et quatorze ans. Le plus souvent dans leurs antécédents héréditaires on ne trouve rien qui autorise à prêter quelque influence à l'hérédité.

Faut-il incriminer les maladies antécédentes? Peut-être pourrait-on accuser les infections d'avoir préparé le terrain à l'agent de la scarlatine. On nous apprend presque toujours que l'enfant eut la rougeole, la varicelle, la coqueluche, et, dans certains cas, la fièvre typhoïde. Il faut signaler de façon plus affirmative la contagion. Elle est accusée avec précision dans la thèse de M. Pivert, et nous rapportons plus bas les observations de deux angines ulcéreuses où il est difficile de ne pas y penser.

Ces angines sont-elles fréquentes? Il est encore difficile de répondre à cette question. Remarquons seulement que dans les travaux qui précédèrent, il est souvent fait mention d'érosions, d'ulcérations, d'ulcères des amygdales. Bergé les rencontre fréquemment. Variot et Devé en notent quatre ou cinq sur trois cent trente-neuf. La proportion s'élève avec le Mémoire de Méry et Hallé et la thèse Pivert : dix-sept sur quatre cent trente-six. Ce chiffre n'est pas encore très considérable.

Le nôtre est plus grand. En effet, sur soixante-douze malades ayant séjourné au pavillon de la scarlatine du mois de septembre au mois de décembre 1906 nous avons observé neuf cas d'angine ulcéreuse. Cette proportion est même si considérable qu'elle permettrait d'évoquer l'idée d'une épidémie.

Toujours est-il qu'en tenant compte des différentes statistiques et en faisant la part des angines ulcéreuses qui ont été confondues dans les descriptions avec d'autres manifestations pharyngées de la scarlatine, on peut conclure à une fréquence assez grande.

La pathogénie de ces affections n'est pas encore élucidée. Tout ce que l'on a écrit sur ce sujet nous paraît se rattacher à la conception de Bergé : « L'ulcération, dit cet auteur, peut en dehors de toute inflammation pseudo-membraneuse faire partie de l'évolution naturelle de l'amygdalité. J'en conclus qu'il n'y a aucune raison pour ne pas attribuer à un même agent microbien la production de tous les degrés de l'inflammation amygdalienne. Inflammation catarrhale localisée dans la profondeur des cryptes, puis propagée à la surface amygdalienne, inflammation pseudo-membraneuse, érosion, ulcération profonde et, *par exception*, phlegmon de l'amygdale *paraissent* bien être des degrés ou des modes de réaction différents d'un même processus morbide, l'amygdalité scarlatineuse (1). »

1. Bergé. *Thèse de Paris*, 1895.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIE

1° Anatomie pathologique

Après la description que nous avons faite de l'ulcération, il nous reste peu de chose à dire sur l'anatomie pathologique.

Nous rappellerons seulement l'aspect à l'emporte-pièce de ces lésions, leur fond tomenteux, de couleur grisâtre piqueté de rouge, la dentelure ou la continuité des bords taillés à pic. Nous les avons vus siéger sur l'amygdale, les piliers postérieurs et la luette.

Méry et Hallé et Pivert les disent très fréquentes sur le voile du palais lui-même dont ils ont souvent observé la perforation.

Ces formes ulcéro-perforantes aboutissaient ordinairement à la mort, ce qui a permis d'examiner sur des préparations les modifications histologiques subies par la muqueuse. « A la place de l'épithélium qui disparaît en premier on trouve une zone plus ou moins profonde

dans laquelle les éléments cellulaires présentent des altérations nécrotiques. Les cellules sont réduites à des granulations amorphes par suite de la désintégration des noyaux. Ces parties nécrosées..... pénètrent dans les interstices des lobules glandulaires, et dans les amygdales on les retrouve très loin de la surface muqueuse (1). »

Peu de fibrine à la surface des ulcérations. Les artérioles situées au-dessous présentent des altérations et les veines des lésions phlébitiques. Mais ces lésions sont la conséquence et non la cause du processus ulcéreux.

2° Bactériologie

Les recherches bactériologiques opérées jusqu'à ce jour n'ont pas donné de résultats précis.

Les auteurs qui les ont entreprises ont signalé le peu de variété des formes microbiennes observées.

Pivert indique seulement des cocci gardant le Gram, isolés deux par deux, ou en très courtes chaînettes. Ce n'est pas, fait-il remarquer, la riche flore des gangrènes où pullulent les anaérobies, ni les spirilles et les spirochètes dits bacilles de Vincent que l'on trouve dans les angines décrites par cet auteur. La seule espèce est donc le streptocoque. Et ce fait semble être un argument nouveau en faveur de la conception pathogénique de Bergé.

1. Pivert. *Thèse de Paris*, 1905.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

1° Diagnostic

Les conditions dans lesquelles survient ordinairement l'angine ulcéreuse semblent favoriser son diagnostic. Son début coïncide avec celui de la scarlatine, elle est caractérisée par une ulcération tantôt limitée à l'amygdale, tantôt, mais plus rarement, étendue à la luette et aux piliers du voile.

Elle est précédée d'une formation qui peut être prise à un premier examen pour une fausse membrane mais qui ne tarde pas à disparaître pour faire place à l'ulcération.

Celle-ci, une fois constituée, ne s'étend plus et évolue pendant la période d'éruption.

Elle s'accompagne de phénomènes généraux qui peuvent être assez intenses mais que nous n'avons jamais vus atteindre la violence de certaines diphtéries.

Cependant il ne faut pas oublier les remarques de M. Variot sur les difficultés du diagnostic de l'angine

diphtérique. On ne doit pas se laisser aller à l'optimisme en se fiant à la délimitation peut-être trop absolue établie par MM. Wurtz et Bourges entre les formes précoces et tardives de l'angine à fausse membrane.

L'autorité de MM. Variot, Sevestre et Comby nous permet d'affirmer la nécessité d'un examen bactériologique même au début de la scarlatine si on a la moindre raison d'hésiter.

Lui seul peut trancher le différend et nous donner une sécurité absolue.

L'hypothèse de la diphtérie écartée, existe-t-il d'autres lésions pouvant simuler l'angine ulcéreuse? Le chancre de l'amygdale peut se rencontrer chez l'enfant. Nous en avons observé un cas très net chez un petit garçon de 8 ans qui s'était infecté en portant à la bouche de menus objets (boutons, sifflets, etc.) ramassés dans la rue. Parmi les différents aspects qu'il peut prendre, la forme ulcéreuse peut prêter à confusion, surtout si le chancre débute avec de la fièvre, de la douleur et de la dysphagie. Mais l'amygdale est dure, l'exsudat friable, pultacé, sans adhérence. Enfin l'engagement ganglionnaire se fait, très haut, sous l'angle de la mâchoire.

Les plaques muqueuses se montrent aux amygdales, sous forme de papules lenticulaires grisâtres ou cendrées, s'ulcèrent et se recouvrent d'un exsudat diphtéroïde (1). Ces caractères peuvent induire en erreur. Remarquons cependant que les papules de la syphilis secondaire ne se dépouillent pas de leur exsudat dans un délai aussi

1. Roque, in *Brouardel et Gilbert.*

bref que les ulcérations, que leur contour est plus régulier, qu'elles ne s'accompagnent point des mêmes symptômes généraux.

Les gommes ulcérées de la syphilis tertiaire ressemblent assez aux formes graves de l'angine ulcéro-perforante, mais les lésions syphilitiques sont beaucoup moins douloureuses et les perforations du voile s'y produisent sans que l'engorgement ganglionnaire, la fièvre, ou l'état général aient pu faire prévoir une telle évolution (1).

L'angine de Vincent avec sa muqueuse érodée, rouge et saignante, son extension en profondeur plutôt qu'en surface et la durée de son évolution, a quelques points de ressemblance avec l'angine ulcéreuse.

Mais celle-ci est moins régulièrement ovalaire, de consistance plus ferme. Elle coïncide plus souvent avec la scarlatine. Enfin, l'examen bactériologique montre dans un cas des spirilles et de fusobacilles, dans l'autre quelques cocci groupés par deux, ou en chaînette.

L'herpès bucco-pharyngé, même à la phase d'ulcération constituée, se distingue par son contour polycyclique et sa tendance à s'étendre dans la bouche, gagnant la langue, les lèvres et la partie interne des joues.

L'engorgement ganglionnaire est rare et très modéré.

L'herpès est de courte durée.

Les ulcérations de la gangrène progressent et envahissent peu à peu tout le pharynx au lieu de rester

1. Roque, *loc. cit.*

localisées. Elles forment de vastes plaques brunâtres qui creusent en profondeur et ulcèrent parfois les gros vaisseaux. Elles s'accompagnent de ralentissement du pouls, d'adynamie ou de délire.

Enfin, on y trouve en grand nombre des anaérobies à la présence desquels est due l'odeur fécaloïde de l'haleine.

Telles sont les affections qui peuvent, le plus souvent, faire errer le diagnostic. L'erreur semble pouvoir être évitée dans tous les cas en s'attachant à une étude attentive des caractères cliniques et, s'il en est besoin, en recourant au microscope.

2° Pronostic et traitement.

La lecture des travaux où sont étudiées les angines ulcéreuses montre que le pronostic varie avec le degré d'activité du processus ulcéreux. S'il ne dépasse pas les couches superficielles de la muqueuse la guérison survient ordinairement.

S'il est intense, au contraire, si l'ulcération creusant en profondeur finit par perforer le voile du palais, la vie du malade est en danger. C'est ainsi que sur cinq cas de perforation du voile, Pivert note une seule guérison.

La perforation est donc l'accident le plus redoutable qui puisse survenir au cours de cette angine. Il faut s'efforcer de l'éviter en enrayant par un traitement approprié les progrès du processus ulcéreux. Si l'on y

parvient, si l'on voit la température baisser, le pouls se ralentir, le malade reprendre son entrain, l'on peut porter un excellent pronostic.

Nous n'insisterons pas sur la prophylaxie et le traitement général de ces angines. Il n'y a ici d'autres règles à suivre que celles du traitement ordinaire de la scarlatine : l'isolement, l'application sévère et attentive des règles de l'hygiène, des bains tièdes de 28 à 30° contre la fièvre, une nourriture facilement assimilable qui apporte à l'organisme le minimum des toxines ; lait, œufs, boissons abondantes et fraîches ; régime lacté absolu au moindre nuage d'albumine, lavements répétés pour éviter les résorbtions intestinales.

Le traitement local mérite d'être étudié plus attentivement.

Dans la thèse de M. Antoine (1), les médications suivantes sont indiquées dans tous les cas où s'affirme le processus gangreneux de la scarlatine.

I. — Ou bien toucher plusieurs fois par jour les lésions avec la solution de sulfate de zinc à 0 gr. 50 pour 30 gr. d'eau distillée.

II. — Ou bien employer la formule de Gaucher :

Camphre Acide phénique	ââ 5 gr.
Huile stérilisée	10 gr.

III. — Ou bien encore faire de grands lavages à l'eau oxygénée ou plutôt, comme le veut M. Variot, au per-

1. Antoine, *Thèse de Paris*, 1902.

manganate de potasse. M. Antoine préconise particulièrement ces lavages.

M. Pivert préfère la méthode de MM. Méry et Hallé. Ils touchent matin et soir les ulcérations au chlorure de zinc à 1/30 et font cinq ou six lavages à l'eau oxygénée.

Ces lavages sont aussi employés au pavillon des scarlatineux de l'hôpital Trousseau. M. Netter leur attribue un rôle mécanique important dans le nettoyage des ulcérations. Mais il trouve insuffisante leur action antiseptique et leur adjoint le bleu de méthylène. D'autres auteurs ont préconisé l'usage de ce produit, et les bulletins de la société médicale des hôpitaux (1) contiennent des observations intéressantes de MM. Siredey, Chauffard et Mantoux concernant l'emploi du bleu dans l'angine fuso-spirillaire de Vincent.

Ces auteurs appliquaient le bleu en poudre et chimiquement pur. M. Netter préfère user de la solution au dizième. Deux fois par jour, le matin et le soir on badigeonne avec cette solution les points ulcérés après les avoir bien nettoyés au moyen d'un jet d'eau oxygénée.

Cette thérapeutique si simple est pourtant efficace. Pour s'en convaincre il suffit de lire nos observations : sur les neuf cas étudiés par nous aucun n'a présenté les complications redoutables signalées dans les différents travaux, et tous ont guéri.

1. 25 octobre ; 8 novembre ; 27 décembre 1901.

Cette heureuse terminaison d'accidents dont on a pu craindre la gravité nous assure que le bleu de méthylène associé à l'eau oxygénée constitue le traitement de choix des angines ulcéreuses de la scarlatine.

OBSERVATIONS

Observation I.

Marie Rap..., 3 ans 1/2.

Entrée le 27 septembre 1906. Injection préventive de sérum antidiphtérique.

Une sœur de la malade est dans le service depuis hier. Elle-même eut la rougeole.

Depuis hier elle a de la fièvre, de la diarrhée, mais pas de vomissements. Elle souffre de la gorge, avale difficilement. Pas de nasonnement, ni jetage, ni rejet des boissons par le nez. Une toux coqueluchoïde la fait isoler dans un boxe. Elle est affaissée, grognon, se laisse difficilement examiner.

Une éruption présentant les caractères de l'exanthème scarlatineux couvre le cou, le thorax, l'abdomen et les membres, mais respecte la face.

La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. La gorge est uniformément rouge. Les amygdales, œdématiées, viennent presque au contact. L'amygdale droite présente une ulcération qui dans sa plus grande dimension mesure environ 1 cm. 5.

Elle est vaguement triangulaire, de contour irrégulier, circonscrite par un bourrelet qui se continue insensiblement du côté de la muqueuse saine, et au contraire taillé à pic du côté de l'ulcération. Enchâssée, encastrée dans cette bordure, se trouve une formation gris blanchâtre dont l'aspect rappelle celui des exsudats diphtériques. On ne parvient que difficilement à l'extirper, où plutôt à la morceler et l'on voit alors une surface irrégulière saignante. L'examen des lambeaux arrachés est pratiqué au laboratoire de la diphtérie. Il ne décèle pas le bacille de Lœffler.

L'examen du cœur ne montre rien de particulier. Aux poumons quelques sibilances et ronchus.

Les ganglions sous-maxillaires sont volumineux.

La recherche de l'albumine est négative. La température, de 38°7 le matin, monte le soir à 39°. Le pouls bat à 114.

On pratique des lavages de gorge à l'eau oxygénée suivis d'application de bleu de méthylène. Traitement général de la scarlatine.

Du 27 septembre au 1er octobre. — Cet état se maintient. Température au voisinage de 38°, pouls de 110. Persistance des signes de bronchite. L'érythème pharyngé pâlit. Le 29, l'exsudat commence à s'éliminer. Le 1er octobre il a fait place à une surface gris rosé, piquetée de points rouges et entourée par l'ourlet signalé.

Le 3. — Température 38°, pouls 108 ; les dimensions de la perte de substance diminuent.

Le 6. — Les bords de l'ulcération se rapprochent. Elle ressemble à l'empreinte peu profonde d'un poinçon triangulaire dans de la cire à cacheter rouge. Température 37°2. Pouls 104.

Le 10. — La fièvre a définitivement cessé. On voit sur l'amyg-

dale droite une aire plus foncée que le reste de la muqueuse. Cette trace pâlit les jours suivants et finit par disparaître. La scarlatine poursuit son cours et l'enfant guérit.

Observation II

Gaston Tar..., 7 ans.

Entré le 7 novembre. Injection préventive de sérum antidiphtérique. Le frère de l'enfant soigné chez lui pour la scarlatine est au vingtième jour de la maladie.

Lui-même est au troisième jour de l'éruption. Il a présenté, paraît-il, des symptômes d'appendicite et on l'envoie à l'hôpital pour ce motif.

Voici les résultats de l'examen au 8 novembre : Eruption nette couvrant tout le corps. Langue scarlatineuse, gorge rouge, amygdales grosses. Sur l'amygdale droite une petite ulcération arrondie de dimensions légèrement inférieures à celle d'une pièce d'un centime. Les bords, festonnés, sont taillés à pic le fond grisâtre parsemé d'îlôts rougeâtres. Pas de bacille diphtérique.

Le ganglion sous-maxillaire droit est engorgé et douloureux.

Rien au cœur ni au poumon. Légère hyperesthésie abdominale et un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, mais ces phénomènes sont peu accentués.

Pas d'albumine dans l'urine. Température 39°8, pouls 120. Le malade paraît faible et ne répond pas aux questions.

Traitement par le bleu de méthylène et l'eau oxigénée.

10 *novembre*. — Le fond de l'ulcération s'est nettoyé. L'état général est meilleur, le malade est plus éveillé.

Température 38°. Pouls 105.

13 *novembre.* — La réparation a commencé.

La perte de substance diminue. Disparition des légers symptômes attribués à l'appendicite.

16 *novembre.* — L'ulcération est réduite aux dimensions d'une petite tête d'épingle. Mais l'enfant se plaint de douleurs dans les genoux. Ceux-ci sont légèrement augmentés de volume, et très sensibles au toucher. Application de salicylate de méthyle sous enveloppement ouaté. Rien au cœur. Température monte à 39°.

20 *novembre.* — A la place de l'ulcération se trouve une petite plaque de couleur plus foncée que le reste de la muqueuse. Les amygdales ont diminué de volume. Température 37°. Mais les genoux sont toujours sensibles.

25 *novembre.* — On ne voit plus trace de rougeur sur l'amygdale. Persistance des douleurs articulaires.

27 *novembre.* — Les genoux ont repris leur volume normal et les douleurs ont disparu. Température normale. La scarlatine évolue vers la guérison.

Observation III

Renée Bann..., 12 ans et demi. Entre au pavillon des douteux le 7 novembre, à la scarlatine le 8. Injection préventive de sérum antidiphtérique.

Il n'y a rien à relever dans les antécédents héréditaires ou familiaux. Depuis le 6 novembre elle se plaint de sécheresse de la gorge et d'une soif ardente. Elle a eu des vomissements et depuis le 3 novembre elle n'est pas allée à la selle. Au pavillon

des douteux où elle est envoyée, nous lui trouvons une gorge très rouge avec des amygdales tuméfiées. La droite présente un exsudat blanc grisâtre, épais, diphtéroïde. D'autre part l'enfant a du coryza et une grande gêne de la déglutition. Pas trace d'éruption. Engorgement ganglionnaire. Le bacille de Lœffler recherché dans l'exsudat ne s'y trouve pas.

Rien au cœur ni aux poumons.

Température 39°2. Pouls 115. Léger nuage d'albumine. L'enfant est très abattue.

Traitement ordinaire.

Le 8 novembre. — L'éruption apparaît ; elle est écarlate, couvrant tout le corps. Langue framboisée. Température 39°9.

Le 10 novembre. — L'amygdale n'a plus le même aspect, l'exsudat est éliminé en partie.

Température 39°3. On ne trouve plus d'albumine.

Le 13 novembre. — L'ulcération est constituée avec son aspect ordinaire. Elle est arrondie et a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. La gorge est toujours rouge.

Température 38°. L'état général est meilleur.

Du 17 au 20. — Aucune modification du côté de l'amygdale. Mais la température baisse d'un degré environ et l'état général est très amélioré.

Du 20 au 24.— L'ulcération commence à diminuer de volume. La température ne s'élève pas au-dessus de 37°8. L'examen de la gorge, très difficile jusqu'à présent, à cause de la douleur que provoquait l'abaissement de la mâchoire, devient aisé.

Le 28. — Plus d'ulcération, mais seulement une rougeur plus pâle que la muqueuse environnante. Elle finit par disparaître en même temps que la scarlatine poursuit son cours.

Observation IV

Roger Ma..., 4 ans.

Entre le 14 novembre 1906. Injection préventive de sérum antidiphtérique.

Une de ses sœurs est sortie de la scarlatine il y a huit jours. Lui-même eut la rougeole il y a dix mois. Il est souvent enrhumé.

Depuis deux jours il a de la fièvre, se plaint de la gorge, avale difficilement. Il ne tousse pas et ne présente aucun trouble digestif. Il est à son premier jour d'éruption. Celle-ci, assez accentuée, couvre tout le corps.

Langue framboisée, gorge très rouge, amygdales grosses et rouges. Sur l'amygdale gauche se trouve une ulcération constituée, c'est-à-dire dépourvue de cette formation diphtéroïde que l'on rencontre ordinairement au début de l'angine. Peut-être l'angine ulcéreuse a-t-elle débuté quelques jours avant l'arrivée du malade. Cette ulcération, étroite et longue, présente les caractères morphologiques habituels. Mais elle n'est pas limitée à la tonsille. Débordant l'amygdale, elle suit le pilier postérieur du voile et empiète sur la luette. L'examen bactériologique ne montre pas de bacille de Lœffler.

Température 39°5. Pouls 108. Recherche de l'albumine négative.

Le petit malade s'alimente volontiers. Il est de bonne humeur mais se prête difficilement à l'examen à cause de la gêne qu'il éprouve à ouvrir la bouche.

Traitement ordinaire.

Du 19 au 25 novembre. —L'état du malade ne change guère.

Aucune modification du côté du pharynx. La température n'est pas inférieure à 39 degrés.

Le 25. — Température 38°8. La réparation de la lésion pharyngée commence.

Le 26. — Aggravation des phénomènes généraux.

L'enfant est affaissé, silencieux. Une otite double se déclare, entraînant la surdité.

Température, 40°. Pouls, 120.

Le 27. — Abaissement de température.

L'ulcération diminue notablement. La luette est dégagée, mais rouge.

Le 1er *décembre.* — L'ulcération persiste seulement sur le pilier postérieur. État général bon, mais la surdité persiste. Température 37°5.

Le 4 *décembre.* — L'ulcération a disparu. Persistance de la surdité à droite. Les jours suivants, la scarlatine évolue sans autre complication et l'otite guérit complètement.

Observation V

Lucien Ch..., 3 ans 1/2. Entre aux douteux le 17 novembre, à la scarlatine le 18. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou familiaux.

Depuis deux jours, l'enfant se plaint de la gorge. Il a une toux rauque et de la douleur à la déglutition. Pas de nasonnement ni de coryza. Pas de vomissements.

La langue est chargée, la gorge rouge. Les amygdales, très augmentées de volume sont toutes deux couvertes d'un exsudat épais. On n'y trouve pas le bacille de Lœffler. Rien aux poumons, ni au cœur.

Température 38°8. Pouls 110. Recherche de l'albumine négative.

Le 18 novembre. — Éruption légère, langue scarlatineuse. Température 38°8.

Le 20. — L'exsudat de l'amygdale gauche a fait place à une ulcération ayant les dimensions d'une lentille. Elle est ovalaire et présente l'aspect ordinaire. Température 39°. Traitement ordinaire.

Du 21 au 25. — L'état de l'amygdale gauche reste à peu près le même. La droite se nettoie et l'on n'y voit plus d'exsudat. La température n'atteint pas 38°.

Le 26. — L'ulcération commence à diminuer.

Le 29. — Elle est remplacée par une petite trace de coloration différente de la muqueuse environnante. La température est de 37°. La scarlatine évolue vers la guérison.

Observation VI

Émilienne Du..., 8 ans 1/2. Entre aux douteux le 18 novembre 1906, a la scarlatine le 19. Injection préventive de sérum antidiphtérique.

Dans ses antécédents on relève la varicelle.

Le 17 novembre. — Elle eut mal à la gorge, à la tête, eut de la fièvre.

Le 19. — Elle se présente avec une éruption nette, généralisée à tout le corps.

Langue scarlatineuse, gorge très rouge. Amygdales grosses et couvertes d'un exsudat épais.

A droite, une petite ulcération mesurant un demi-centimètre environ et présentant les caractères ordinaires.

Rien aux poumons ni au cœur. Température 40°4. Pouls 105. Pas d'albumine.

Céphalalgie, lassitude extrême.

Traitement ordinaire.

Le 20. — Température 39°2. Pas de modification du côté du pharynx.

Le 25. — Les amygdales se sont dépouillées, mais l'ulcération persiste à droite.

Le 28. — La réparation commence et se continue les jours suivants.

Le 29. — Cicatrisation. Toute trace disparaît quelques jours après.

Observation VII

Albertine Gr..., 6 ans. Entre aux douteux le 19 novembre 1906, a la scarlatine le 20. Injection préventive de sérum antidiphtérique.

Depuis le 16 elle souffre de la gorge et éprouve de la gêne de la déglutition. Elle ne tousse pas, ne vomit pas, mais est constipée depuis huit jours. Le 17 les parents ont vu que sa gorge était très rouge et l'ont menée à l'hôpital le 18.

Le 19. — On remarque un érythème pharyngé très intense. Les amygdales sont tuméfiées. A gauche, on peut apercevoir trois petits points d'un blanc grisâtre contrastant avec le rouge sombre de la muqueuse. Engorgement des ganglions sous-maxillaires. L'éruption n'a pas encore paru.

Température 30°8. Pouls 110 ; léger nuage d'albumine. État général médiocre.

Application du traitement.

Le 20. — Eruption assez accentuée. Les points signalés sur la tonsille se sont réunis en une petite plaque triangulaire,comme enfoncée dans la muqueuse et mesurant environ un centimètre de côté. On la détache difficilement et elle laisse à découvert une surface irrégulière et cruentée. Pas de bacille diphtérique.

Température 38°7. Pouls 110. On ne trouve pas d'albumine.

Le 24. — La lésion a perdu son aspect diphtéroïde ; elle apparaît avec les caractères de l'ulcération constituée. Température 38°8. Pouls 102.

Le 29. — La réparation commence. Température 37°8. Pouls 100. État général bon.

Le 6 *décembre*. — Disparition de l'ulcération. Sa trace s'atténue les jours suivants pour s'effacer à son tour.

Observation VIII

Clémence Hu..., 14 ans.

Entre le 25 novembre 1906. Injection préventive de sérum antidiphtérique.

Dans ses antécédents personnels : la coqueluche et la rougeole.

Elle souffre de la gorge depuis hier, ne tousse pas, a des vomissements et des maux de tête.

Pas encore d'éruption.

Langue blanche, gorge très rouge.

Les amygdales volumineuses viennent presque au contact. La droite est couverte d'un exsudat blanc grisâtre où l'on ne

trouve pas de Lœffler. Cette formation empiète sur le voile du palais et la luette.

Température 40°. Pouls 104. Léger trouble de l'urine. Accablement et torpeur.

Le 26. — Éruption.

Le 28. — L'ulcération s'est constituée. Elle est en forme d'équerre, la branche verticale longeant le bord droit de la luette, tandis que la branche horizontale coupe obliquement l'amygdale. Température 37°6. Pouls 80. Toujours un peu d'albumine.

Le 30. — On ne trouve plus d'albumine.

La réparation commence vers le 4 décembre, pour s'achever le 10.

La scarlatine évolue sans complication.

Observation IX

Eugénie Bann.., 11 ans. Entre le 30 novembre 1906. Injection préventive de sérum antidiphtérique.

Elle a un frère et une sœur dans le service depuis vingt jours. La sœur eut une angine ulcéreuse. Elle-même eut la coqueluche et la varicelle.

Depuis hier elle souffre de la gorge et a des vomissements.

Pas encore d'éruption.

Langue très chargée. Amygdales grosses. Sur la droite une formation blanc grisâtre qui commence à s'éliminer. On n'y trouve pas de bacille de Lœffler. La luette est œdématiée. Les ganglions sous-maxilla ires engorgés.

Température 39°2. Pouls 104. Pas d'albumine. Affaissement et torpeur.

Le 1er *décembre*. — Éruption très accentuée.

Traitement ordinaire.

Température 40°1. Même état de dépression. Pas d'albumine. L'état de la gorge est le même.

Le 4. — Ulcération très large, comprenant presque toute l'amygdale droite mais respectant les parties voisines. Température 38°8. État général meilleur.

Le 6. — Température 39°3.

La réparation est sensible le 9 et se poursuit jusqu'à la cicatrisation (15 décembre) sans complication.

CONCLUSIONS

I. — Il existe dans la scarlatine indépendamment des manifestations pharyngées, diphtériques ou non, une angine ulcéreuse.

II. — Elle est caractérisée par :

a) Une ulcération ordinairement unique, siégant le plus fréquemment sur l'amygdale et n'ayant pas de tendance, une fois constituée, à s'étendre ;

b) Des phénomènes généraux qui peuvent être assez intenses ;

c). Un engorgement ganglionnaire très accentué mais n'aboutissant pas à la suppuration.

III. — Elle est le plus souvent précoce.

IV. — Elle évolue d'ordinaire pendant la période d'éruption.

V. — Les affections avec lesquelles on peut la confondre le plus aisément sont : la diphtérie pharyngée,

la syphilis à ses trois périodes lorsqu'elle revêt certaines formes, l'angine fuso-spirillaire de Vincent, l'herpès bucco-pharyngé à la phase d'ulcération, les ulcérations de la gangrène.

VI. — Le traitement de choix consiste dans l'association du bleu de méthylène aux lavages à l'eau oxygénée, sans préjudice de la thérapeutique générale.

VII. – En se conformant à cette thérapeutique on peut affirmer que le pronostic de ces angines est favorable.

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Antoine. — Du processus gangreneux dans les angines de la scarlatine. Th. Paris, 1902.

Boulloche. — Diphtérie. In *Brouardel et Gilbert*, 1906.

Bergé. — Angine érosive scarlatineuse. *Soc. de pédiatrie*, 10 octobre 1899.

Bourges. — Les angines de la scarlatine. Recherches cliniques et bactériologiques. Th. Paris, 1891.

Chauffard. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1901.

Grancher et Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Grisolle. — Traité de pathologie interne, 9e éd., 1865.

Hénoch. — Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance. Trad. franç. par Hendrix, 1885.

Manquat. — Traité de thérapeutique.

Mantoux. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1901.

Marfan et Appert. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mai 1836.

Méry et Hallé. — *Bulletin médical*, 13 mai 1903.

Pivert. — Thèse Paris, 1905.

Roque. — Maladies du pharynx. In *Brouardel et Gilbert*, 1906.

Siredey. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1901.

Trousseau. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Tome I (1898).

Variot et Devé. — *Soc. méd. des hôpitaux*, octobre 1900.

Weill. — Médecine infantile.

Wurtz. — Scarlatine. In *Brouardel et Gilbert*.

Wurtz et Bourgis. — *Archives de médecine expérimentale*, mai 1890.

Imprim des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE